DÉSARTICULATION 12.

DE LA

HANCHE

PRATIQUÉE EN QUATRE SÉANCES A PLUSIEURS JOURS D'INTERVALLE AFIN D'ÉVITER LE CHOC CHIRURGICAL

NOTE LUE AU CONGRÈS INTERNATIONAL DE BERLIN

PAR

LE DOCTEUR

E. LICÉAGA

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MÉXICO, PRÉSIDENT DU CONSEIL SUPERIEUR DE SALUBRITÉ, DIRECTEUR DE L'HÔPITAL DE MATERNITÉ ET DE L'ENFANCE, MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

ETC. ETC.



H. S. HERMANN, IMPRIMEUR.

DÉSARTICULATION

DE LA

HANCHE

PRATIQUÉE EN QUATRE SÉANCES A PLUSIEURS JOURS
D'INTERVALLE
AFIN D'ÉVITER LE CHOC CHIRURGICAL

NOTE LUE AU CONGRÈS INTERNATIONAL DE BERLIN

PAR

LE DOCTEUR

E. LICÉAGA

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MÉXICO,
PRÉSIDENT DU CONSEIL SUPERIEUR DE SALUBRITÉ, DIRECTEUR DE L'HÔPITAL DE MATERNITÉ
ET DE L'ENFANCE, MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
ETC. ETC.



H. S. HERMANN, IMPRIMEUR.

Un enfant agé de 9 ans, amené de l'État de Sonora à México souffrait depuis deux ans de l'articulation coxo-fémorale gauche. Les abscès periarticulaires s'étaient ouvert à la base de la cuisse par la partie interne et sur deux points différents de la ligne qui sépare la partie antérieure de la partie externe de la cuisse.

L'enfant étant chloroformé, on ne pût pas arriver à l'intérieur de l'articulation par aucun des trajets éxistants et on ne pouvait pas découvrir l'altération des surfaces osseuses en imprimant des mouvements au membre.

On draina les abcès et l'on pratiqua la ténotomie du droit interne; le membre qui était en flexion fut mis en extension et on plaça l'enfant dans la gouttière de Bonnet.

Malgré ce traitement la maladie continua; la tête du fémur s'altera; la cavité cotyloïde et l'articulation communiquèrent avec les fistules externes.

On fit la résection coxo-fémorale par le côté interne en profitant d'une fistule qui existait déjà, on retira la

tête du fémur et on râcla la cavité cotyloïde; on plaça ensuite des tubes de drainage, on fit un pansement antiseptique et l'enfant (qui était très indocile) fut replacé dans la gouttière de Bonnet.

Malgré les soins les plus assidus la lésion osseuse avançait sur le fémur, une perforation survint de la cavité cotyloïde qui fit communiquer le bassin avec la plaie; la fièvre revenait tous les soirs, les sueurs devinrent abondantes, l'enfant mangeait peu et avait de la diarrhée, la peau et les muqueuses étaient pâles, le sommeil continuellement interrompu.

La suppuration qui était très abondante épuisait rapidement les forces du malade; l'hydroémie se montra avec des œdèmes à la figure et aux membres inférieurs.

Il n'y avait pas d'albumine dans l'urine, et en examinant le pus de l'articulation je n'ai jamais découvert le bacille de Koch.

La résection des parties osseuses alterées, le raclage des surfaces fougueuses et les lavages antiseptiques étaient insuffisants pour modifier l'état local.

J'appellai en consultation quelques confrères et tous conseillèrent comme dernier espoir de salut la désarticulation de la hanche. Mais l'enfant était tellement affaibli que la séparation violente de tout le membre devait sûrement amener la mort.

Comme il était indispensable de faire les pansements ordinaires à l'aide du chloroforme (et comme

pendant ceux-ci chaque fois l'enfant était sur le point de mourir) je dus pour éviter ce danger, lui faire des injections avec une solution de sulphate de strychnine (doses de deux milligrammes), avant, pendant et après l'action du chloroforme.

J'essayais de relever ses forces à l'aide de ces injections pratiquées tous les jours, en régularisant les aliments très-nutritifs que j'ordonnai; en combattant la dîarrhée; en introduisant l'usage de l'alcool et en faisant promener l'enfant dans son appareil pour qu'il reçût l'action de l'air et de la lumière.

L'état du malade s'améliora mais pas d'une manière suffissante pour pouvoir supporter la secousse que devait lui faire subir, à un moment donné, la perte du quart de son corps.

Pour sortir de cette situation difficile il me vint à l'esprit l'idée de faire l'opération en plusieurs temps et je procédai de la façon suivante:

1er temps;

J'injectai à l'enfant trois milligrammes de sulphate de strychnine, je le fis chloroformer un quart d'heure après. Je réunis par une incision profonde qui arrivait jusqu'à l'os les ouvertures et les fistules qu' il y avait à la ligne de séparation de la face antérieure d'avec la face externe de la cuisse.

J'ai prolongé l'incision près de la partie moyenne de la cuisse, là, j'ai changé sa direction en la faisant

transversale et profonde dans toute la face externe; je liai les artériales musculaires et cutanées, je plaçai les tubes de drainage, je pansai à fond avec la gaze iodoformée.

Je plaçai l'enfant dans l'appareil de Bonnet et lui fis une nouvelle injection de strychnine. Je donnai l'ordre d'en pratiquer d'autres dans la journée et de ne pas lui permettre de lever la tête.

Le petit malade resta très abattu mais il commença à reprendre à partir du lendemain.

2me temps:

Quatre jours plus tard, le malade ayant été chloroformé avec les mêmes précautions que la première fois je lavai et desinfectai la cuisse et les plaies, je fis une incision transversale dans la face interne de la cuisse, incision profonde mais sans arriver à l'artère, et un peu plus basse que celle de la face externe.

Je liai les artéres, j'étanchai le sang et fis le pansement de la même manière que la première fois.

L'enfant supporta cette 2me opération beaucoup mieux que la 1ère.

3ème temps:

Quatre jours plus tard et ayant tout préparé comme pour les séances antérieures, je fis avec le couteau une incision profonde réunissant celle de la face interne avec celle de la face externe, en passant par la partie postérieure et arrivant jusqu'à l'os. Je liai la fémorale

profonde, les perforantes et les artérioles cutanées et je fis mon pansement comme précedemment.

Le membre n'adhérait plus au tronc que par la peau et les muscles de la face antérieure, mais comme j'avais conservé l'artère fémorale, la nutrition du membre se faisait encore très bien. L'enfant supporta bien le choc, mais il se trouvait fort incommodé par l'insensibilité du Iciatique qui avait été compris nécessairement dans l'incision.

4me temps:

Cinq jours après je chloroformai le malade après une injection de trois milligrammes de strychnine; je desinfectai convenablement les tissus qui restaient, je lavai soigneusement les confractuosités de la blessure et au moyen du couteau à amputation je réunis l'incision de la face interne avec celle da la face externe en passant par la partie antérieure; je divisai profondement les tissus et, comme l'extremité de l'os était déjà flottante, le membre se trouva complètement détaché.

Je dois dire que dès que j'ai commencé à chloroformer le malade, j'ai maintenu le membre inférieur verticalement àfin de faire refluer au tronc la plus grande quantité possible de sang.

Les lambeaux qui restaient étaient très gros à cause de la néoplasie inflammation chronique dont le malade souffrait depuis longtemps mais je ne voulus pas les

repousser pour éviter la prolongation du traumatisme et une plus grande perte de sang.

Je liai l'artère fémorale et les autres vaisseaux qui donnaient du sang; je lavai la plaie, je drainai le fond, j'interposai entre les lambeaux de la gaze iodoformée et je rapprochai les bords du moignon.

Je fis une nouvelle injection de strychnine et je recommandai d'en faire d'autres dans la journée. — J'ordonnai aussi qu'on donnât au malades plusieurs fois de petites cuillerées de cognac. — L'enfant est resté très affaibli pendant la journée mais il a commencé à se remettre à partir du lendemain.

Dans les pansements ultérieurs les tissus se sont degonflés et il m'a été possible de rapprocher les bords de la plaie au moyen de sutures et d'obtenir une cicatrisation par seconde intention. —

* * *

J'ai pratiqué beaucoup d'opérations en les fractionnant en plusieurs séances, telles que de la lèvre (bec-de-lièvre compliqué) sur des enfants; quelques autres de polypes naso-pharyngiens accompagnés d'hémorragies, et d'autres opérations dans lesquelles la vie du malade courait danger par l'abondance de la perte de sang ou bien par la faiblesse excessive, conséquence d'une opération très prolongée. -

J'ai toujours eu à me féliciter d'avoir pu sauver la vie de quelques malades en éxécutant en plusieurs temps les opérations nécessaires. —

Comme je ne sais pas si l'on a publié quelque part le cas d'une amputation pratiquée en différentes séances et, comme je crois que cette manière de procéder peut trouver de fréquentes applications sur des malades profondément affaiblis, je me suis permis de faire la présente communication au Congrès.
